

2. По результатам ДХА половина пациенток, находящихся в поздней постменопаузе, имеет остеопению, а 41,1% пациенток уже имеют низкоэнергетические переломы в анамнезе. Учитывая высокий риск остеопоротических переломов, оцененных с помощью FRAX, большая часть пациенток подлежит проведению денситометрии и терапевтическому вмешательству по поводу остеопороза.

3. Женщины в поздней постменопаузе имеют снижение физического функционирования, которое ассоциируется с обеспеченностью витамином D<sub>3</sub>. Это свидетельствует о мышечной слабости и высоком риске падений среди данных пациенток, и, как следствие, может приводить к переломам. Поэтому терапевтическая коррекция недостаточности и дефицита витамина D<sub>3</sub> является необходимым инструментом в улучшении здоровья и снижении инвалидизации таких пациенток.

4. Витамин D<sub>3</sub> является важным фактором когнитивного здоровья у пациенток позднего постменопаузального периода.

#### **Список литературы:**

1. Бордакова Е.В. Роль витамина D в профилактике и лечении постменопаузального остеопороза / Е.В. Бордакова, С.В. Юренева // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С.9-13

2. Дедов И.И. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика [Электронный ресурс] / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А. Пигарова // Клинические рекомендации. – 2015. – URL: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-promoshchi/D%2019042014.pdf> (дата обращения 01.03.19.).

3. Кузнецова И.В. Менопаузальный остеопороз и витамин D / И.В. Кузнецова // Акушерство и гинекология. – 2018. – №8. – С. 41-47

4. Поворознюк В.В. Менопауза и остеопороз / В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – Т.2. – №4. – С. 40-47.

5. Клинические рекомендации «Остеопороз» / под редакцией И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко // Москва. – 2016. – 104 с.

6. Skalska A. 25-hydroxyvitamin D and physical and cognitive performance in older people with chronic conditions / A. Skalska, A. Gałaś, T. Grodzicki // Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. – 2012. – №122, Vol. (4). – P. 162-169.

УДК 616.248

### **Гареева А.И., Нуртдинова Г.М., Муслимова В.К. ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕРАПИЮ И КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Башкирский государственный медицинский университет,  
г.Уфа, Российская Федерация

**Gareeva A.I., Nurtdinova G.M., Muslimova V.K.**  
**EFFECT OF EXCESSIVE BODY MASS ON THERAPY AND  
CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA**

Department of Propaedeutics of internal diseases,  
Bashkir state medical university,  
Ufa, Russian Federation

E-mail: adeli-gar@yandex.ru

**Аннотация:** Было обследовано 100 пациентов с бронхиальной астмой отделения аллергологии ГБУЗ РБ ГKB №21 г.Уфы, проведен осмотр, антропометрия, изучение лабораторных данных и терапии пациентов. Выявлено влияние избыточной массы тела на течение бронхиальной астмы и его контроль.

**Annotation:** 100 patients with bronchial asthma of the Department of Allergology GBUZ RB GKB №21 of the city of Ufa were examined, examination, anthropometry, study of laboratory data and patient therapy were conducted. The influence of overweight on the course of asthma and its control

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, избыточная масса тела.

**Key words:** bronchial asthma, overweight.

**Введение:** Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [5]. Несмотря на очевидный прогресс, достигнутый в терапии бронхиальной астмы (БА) за последние годы, она по-прежнему остается причиной инвалидизации пациентов и смертельных исходов [1]. Кроме того, более чем у половины больных БА, получающих лечение, отсутствует контроль над заболеванием, а стало быть, имеется высокий риск развития обострений [4].

**Цель исследования** - изучение влияния избыточной массы тела и на течение бронхиальной астмы

**Материалы и методы исследования:** В исследование включено 100 пациентов с БА, среди них 72 (72%) женщин и 28 (28%) мужчин, средний возраст обследуемых составил у женщин  $59,6 \pm 12,1$  лет, у мужчин  $53,3 \pm 13,2$ . Критериями включения в исследование являлись: диагноз БА, установленный согласно классификации МКБ 10 и в соответствии с рекомендациями «Глобальная стратегия по бронхиальной астме». Обследование больных проводилось в соответствии со Стандартами медицинской помощи больным астмой (приказ МЗ и СР №459 от 2.07.2007). Также пациентам проводилась антропометрия, наличие и степень ожирения определяли путем расчета индекса

массы тела (ИМТ): масса тела (кг)/рост в квадрате (м<sup>2</sup>). В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1998), за нормальную массу тела считали значения ИМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>, с избыточную массу тела и ожирением - ИМТ > 25,0 кг/м<sup>2</sup>. Пациенты были разделены на три группы: I – БА с нормальной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup>), II – БА с избыточной массой тела (ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>). Для сравнения учитывались данные спирометрии ОФВ<sub>1</sub> и Индекс Тиффно, лабораторные показатели: содержание эозинофилов, нейтрофилов, IgE в анализе крови, оценивалось базисное лечение, количество обострений за год. Статистическая обработка проведена и с использованием пакета анализа данных в программе Excel 2010. Значимость определялась с помощью критерия Стьюдента. Зависимость между показателями определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r). Показатели считались статистически значимыми при p < 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение** По результатам общеклинического исследования пациенты с БА были сгруппированы в две группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных с бронхиальной астмой в зависимости от индекса массы тела

Группы	БА		
	n	Абс, %	Среднее значение ИМТ
I - С нормальной массой тела (ИМТ < 25 кг/м <sup>2</sup> )	n=74	74%	22,7±1,2
II - С избыточной массой тела и ожирением (ИМТ > 25,0 кг/м <sup>2</sup> )	n=26	26%	30,1±2,3

При анализе лабораторных данных получены следующие показатели, которые представлены в таблице 2. Следует отметить снижение показателей во II группе. Увеличение массы тела и уменьшение податливости стенок грудной клетки при отложении жира вокруг ребер и связанное с этим затруднение в увеличении объема грудной клетки на вдохе, отложение жира в дыхательных путях, нарушающие способность хрящевых колец поддерживать нормальный просвет дыхательных путей, отложение жира в средостении и в брюшной полости обуславливают нарушение физиологии дыхания, что способствует снижению показателей помимо бронхиальной обструкции [3].

Таблица 2

Показатели спирографии в зависимости от индекса массы тела.

Фон		Фенотерол		После лечения	
ОФВ	ИТ	ОФВ	ИТ	ОФВ	ИТ

I	73,1 ±16,3	82,1±13,1*	77,4±15,8	83,6±10,7*	77,9±9,2*	84,4±10,1
II	67,6±12,8*	72,9±15,7	79,2±18,3	78,8±12,2*	74±12,4	76,3±16,2

(\* - при  $p < 0,05$ )

Отмечается поздний дебют бронхиальной астмы во второй группе  $57,9 \pm 9,1^*$  лет, чем в первой  $38,2 \pm 6,4^*$  лет ( $p < 0,05$ ). Количество обострений за год составляет  $3,2 \pm 0,8$  и  $2,4 \pm 1$  соответственно. Для выявления влияния ИМТ на дебют БА был проведен корреляционный анализ ( $r = 0,4$ ,  $p < 0,05$ ).

В базисной терапии 86% пациентов БА используют комбинированные препараты ИГКС/ДДБА. В 1 группе больных 88% используют средние дозы ИГКС/ДДБА и 12% высокие дозы ИГКС/ДДБА. Во II группе больных 52% применяют высокие дозы ИГКС/ДДБА и 35% средние дозы ИГКС/ДДБА и 5% использовали системные глюкокортикостероиды. Для купирования приступов 95% пациентов использовали бронхолитики короткого действия (Беродуал, Сальбутамол). Показатели использования бронхолитиков в сутки составило при избытке массы тела  $5,2 \pm 1,4^*$  и при нормальной массе  $3,7 \pm 0,9^*$  ( $p < 0,05$ ).

При анализе сопутствующих заболеваний выявлено следующее: в первой группе доля пациентов с заболеванием ССС составляет 8%, аллергические заболевания - 12%, ХОБЛ – 10,5%. Во второй группе показатели выше: ССЗ – 48,6%, эндокринные – 12,1%, аллергические заболевания, органов ЖКТ и пациенты перенесшие инсульт составили 10,8%, ХОБЛ – 12,5%. Следует отметить, что ХОБЛ имеется чаще у лиц мужского пола.

#### **Выводы:**

Пациенты с избыточной массой тела имеют снижение дыхательных показателей, отмечается высокая частота обострений за год и частое использование комбинированных ИГКС.

Отмечается высокая частота сопутствующих заболеваний, что ухудшает течение бронхиальной астмы.

#### **Список литературы:**

1. Будневский А.В., Терапевтические подходы к контролю воспаления на уровне мелких бронхов при бронхиальной астме. / В.Т. Бурлачук, И.А. Олышева // Российский аллергологический журнал. – 2010 – 4. - С. 85—94.
2. Гарева А.И. Влияние Метаболического синдрома на течение бронхиальной астмы / Г.М. Нуртдинова // Вестник БГМУ. – 2018. – 3. – с.49 - 54
3. Яшина Л.А. Бронхиальная астма у больных с ожирением — особый фенотип заболевания. / С.Г. Ищук // Астма и аллергия. 2011.- 4.- С.46— 49.
4. Demoly P. et al. // Eur. Respir. Rev. 2010.- V.19. - P. 150
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). Updated 2014 // [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)

УДК 614.253